

Legislative
Assembly
of Ontario



Assemblée
législative
de l'Ontario

STANDING COMMITTEE ON PUBLIC ACCOUNTS

LONG-TERM-CARE HOMES – MEDICATION MANAGEMENT

(Section 3.10, 2007 Annual Report of the Auditor General of Ontario)

1st Session, 39th Parliament
58 Elizabeth II

Library and Archives Canada Cataloguing in Publication Data

Ontario. Legislative Assembly. Standing Committee on Public Accounts

Long-term-care homes – medication management (Section 3.10, 2007 Annual report of the Auditor General of Ontario)

Text in English and French on inverted pages.

Title on added t.p.: Foyers de soins de longue durée – gestion des médicaments (Rapport annuel 2007 du vérificateur général de l'Ontario, section 3.10).

Also available on the Internet.

ISBN 978-1-4249-9992-7

I. Long-term care facilities—Ontario—Auditing. 2. Long-term care facilities—Pharmaceutical services—Ontario—Evaluation. I. Title. II. Title: Foyers de soins de longue durée – gestion des médicaments (Rapport annuel 2007 du vérificateur général de l'Ontario, section 3.10)

RA999.P45 O56 2009

362.1609713

C2009-964030-9E

Legislative
Assembly
of Ontario

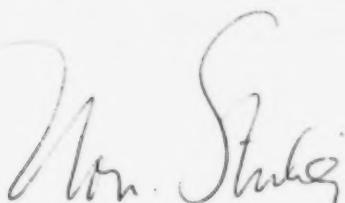


Assemblée
législative
de l'Ontario

The Honourable Steve Peters, MPP
Speaker of the Legislative Assembly

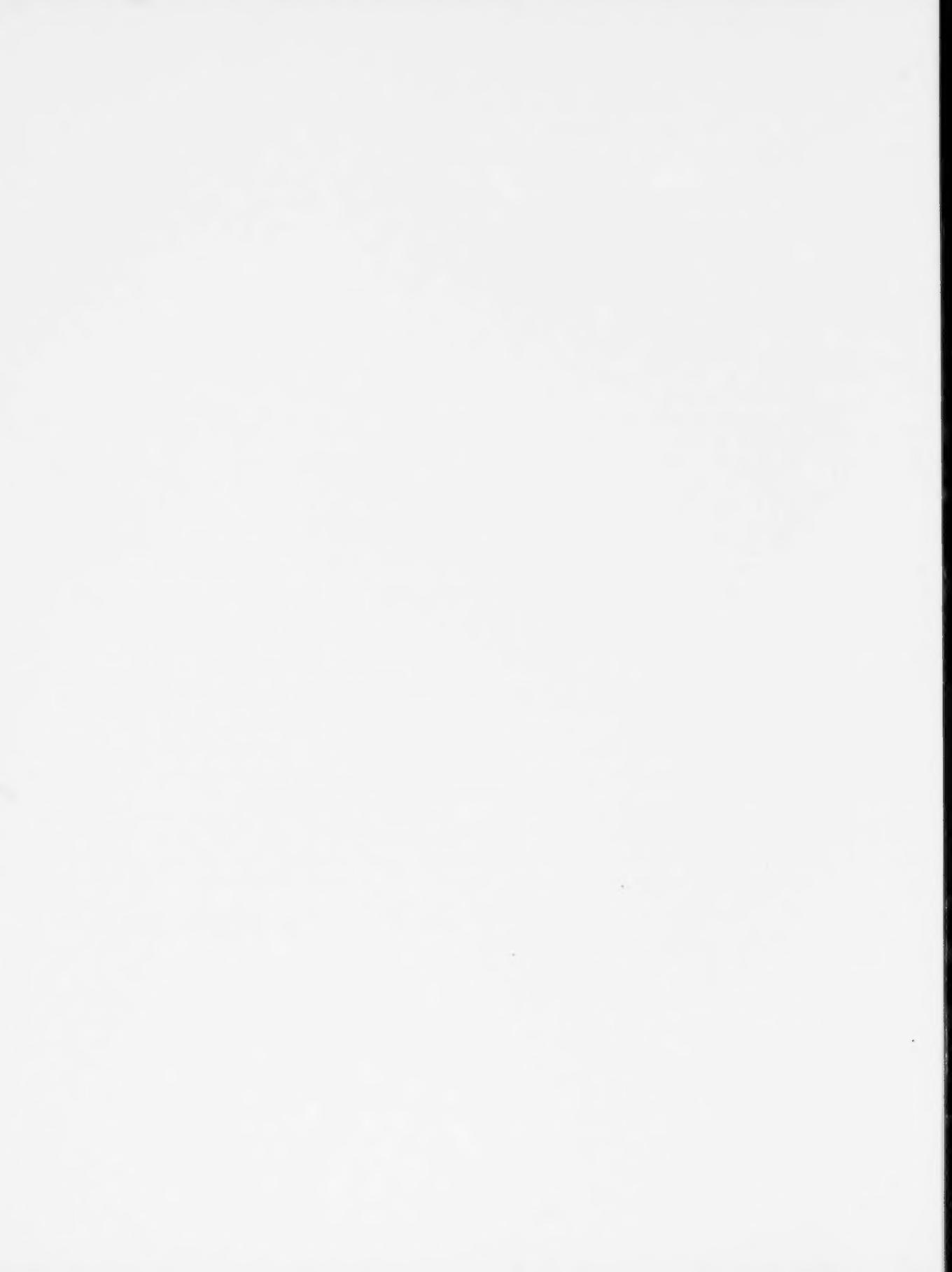
Sir,

Your Standing Committee on Public Accounts has the honour to present its Report and commends it to the House.



Norman W. Sterling, MPP
Chair

Queen's Park
November 2009



STANDING COMMITTEE ON PUBLIC ACCOUNTS

MEMBERSHIP LIST

1st Session, 39th Parliament

NORMAN W. STERLING
Chair

TED ARNOTT
Vice-Chair

FRANCE GÉLINAS

LIZ SANDALS

PHIL MCNEELY

MARIA VAN BOMMEL

JERRY J. OUELLETTE

DAVID ZIMMER

DAVID RAMSAY

Katch Koch
Clerk of the Committee

Lorraine Luski
Research Officer



STANDING COMMITTEE ON PUBLIC ACCOUNTS
LIST OF CHANGES TO COMMITTEE MEMBERSHIP

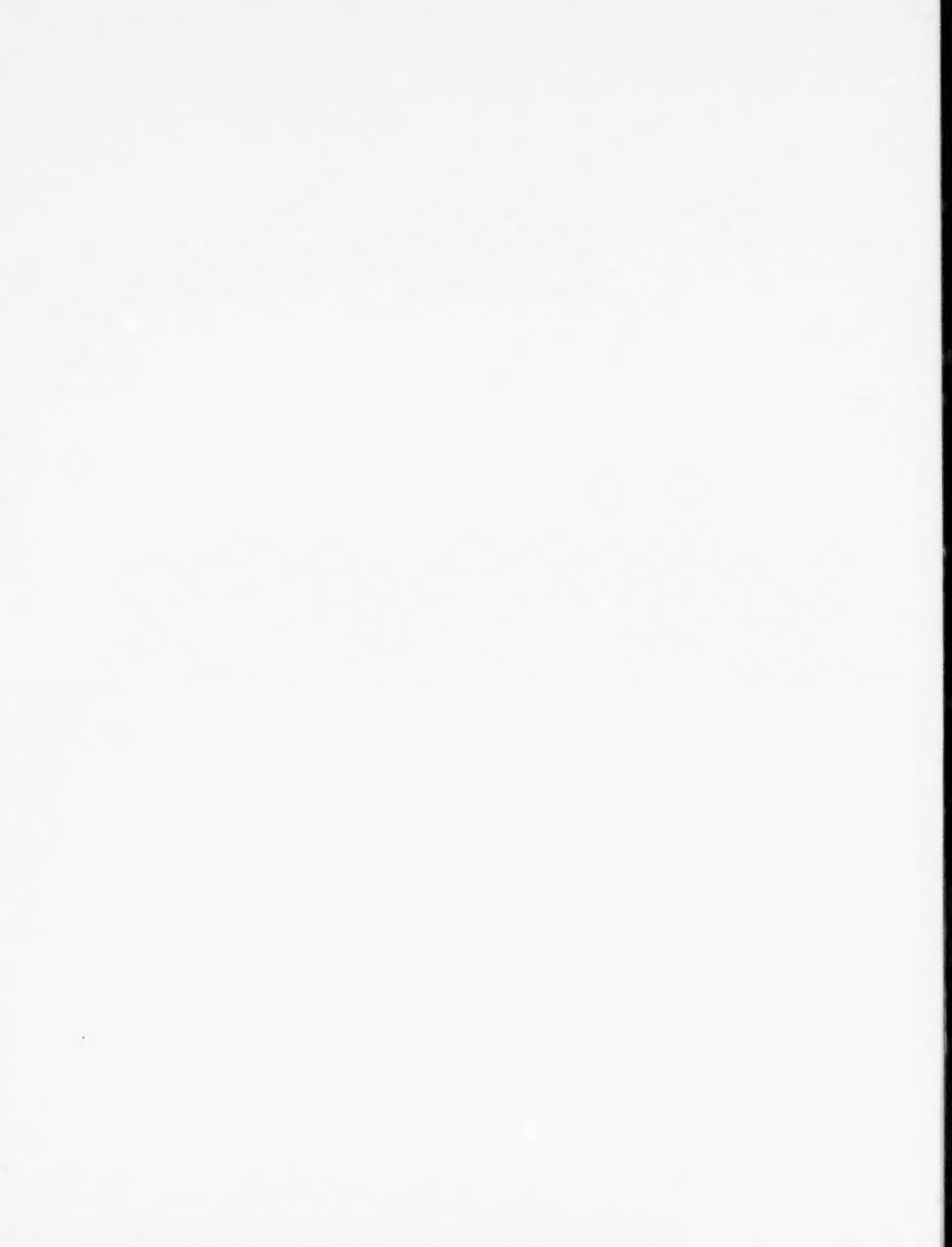
LAURA ALBANESE was replaced by DAVID RAMSAY on September 15, 2009.

ERNIE HARDEMAN was replaced by TED ARNOTT on September 15, 2009.



CONTENTS

INTRODUCTION	1
OVERVIEW	1
Number and Types of Homes	1
Management and Funding	1
Drug Costs	2
Compensation Framework: Physicians and Pharmacists	2
Physicians	2
Pharmacists	3
Legislative and Regulatory Framework	3
OBJECTIVES AND SCOPE OF THE AUDIT	4
ISSUES RAISED IN THE AUDIT AND BEFORE THE COMMITTEE	4
Modifying the Compensation Framework	4
Long-Term-Care Homes' Contracts with Pharmacies	5
Informed Consent to Treatment with Medication	6
Medication Errors	7
Use of High-Risk Drugs	7
High-Risk Psychotropic Drugs	8
Drug Interactions	8
Overriding of Automatic Drug Alerts	9
RECOMMENDATIONS	11



INTRODUCTION

Over 19 million drug prescriptions were filled for the 75,000 residents of Ontario's long-term-care homes in 2006/07. On average, then, there were about five prescriptions dispensed per week for every resident. As well, 23 to 28% of residents at the three homes visited by the Auditor were taking 12 or more prescription drugs. The Committee was surprised to learn about this massive use of prescription drugs in the homes, and thought the number of prescriptions issued to residents was one of several key findings in the Auditor General's value-for-money audit of medication management in Ontario's long-term-care homes (section 3.10).^{*}

In May 2008 the Standing Committee on Public Accounts held a day of public hearings on this section of the Auditor's Report. Senior officials of the Ministry of Health and Long-Term Care (the Ministry) as well as representatives of two of the audited homes appeared before the Committee. (For a transcript of our proceedings, see Committee *Hansard*, May 1, 2008.) Our report highlights the Auditor's observations and recommendations contained in Sec. 3.10, and presents our own findings, views, and recommendations.

We endorse the Auditor's findings and recommendations. We would also like to thank the Auditor and his team for drawing attention to these important medication management issues in Ontario's long-term-care homes.

OVERVIEW

Number and Types of Homes

Long-term-care homes provide care, services, and accommodation to persons generally aged 65 or older who are unable to live independently and who require 24-hour nursing care and supervision. More than 600 long-term-care homes in Ontario provide care for about 75,000 residents, as mentioned above. More than half of the homes are for-profit nursing homes. Fewer than 20 % are not-for profit nursing homes, about 10 % are charitable not-for-profit, while less than 20 % fall into the municipal not-for-profit category.

Management and Funding

Under the *Long-Term Care Act*, 1994, the Ministry funds homes for eligible residents. As steward of the health system, the Ministry is responsible for setting standards of care and conducting inspections of the homes to safeguard residents. While the Ministry sets care standards and conducts inspections of long-term-care

* As explained in the *2007 Annual Report*, value-for-money audits assess the administration of programs in the public sector and broader public sector that receive government grants. Their purpose is to identify instances where public funds were spent without due regard for economy or efficiency, or where procedures to measure or report on program effectiveness, were lacking.

homes to monitor compliance, physicians, contracted pharmacies, and nurses all have professional responsibilities for medication management.

Starting in April 2007, fourteen Local Health Integration Networks (LHINs) began playing a role in the planning and funding of long-term-care homes. In 2006/07, funding to the homes totalled \$2.8 billion, which covers only a portion of total costs. Residents with sufficient means, pay between \$1,500 and \$2,100 a month for their accommodation. Long-term-care homes contract with pharmacies to provide to residents prescriptions and other medications ordered by a physician, as well as advice on medication-related issues. Although residents are eligible for benefits under the Ontario Drug Benefit (ODB) program, they contribute a co-payment (normally \$2 per prescription) to the home's contracted pharmacy for their drug costs. Residents also are responsible for the full cost of most drugs not covered by Ministry programs.

Drug Costs

The Ontario Drug Benefit Program paid pharmacies about \$333 million for more than 19 million drug prescriptions and associated dispensing fees for long-term-care home residents in 2006/07. Of this amount, drugs comprised \$203 million with dispensing fees making up \$130 million—almost 40% of the total. On average, then, the costs were around \$2,700 per resident for drugs, and approximately \$1,700 per resident for dispensing fees.

Selected medications, such as acetaminophen and cough medicine, are supplied by the Ontario Government Pharmaceutical and Medical Supply Service to the homes at no charge for resident use. The cost of these drugs was about \$3.4 million in 2006/07.

Compensation Framework: Physicians and Pharmacists

The Committee sought information on the subject of physician and pharmacist compensation during our hearings and subsequently from the Ministry.

Physicians

The Committee asked the two audited homes that participated during our hearings about their contracts with physicians. Providence Manor, a 243-bed home based in Kingston, has 14 contracted physicians and one medical director. Leisureworld St. George, a 238-bed home, maintains a roster of three physicians who provide medical coverage 24 hours a day, seven days a week.

Generally, fee-for-service physicians attend to residents in long-term-care homes. They may be compensated through the Ontario Health Insurance Plan (OHIP) by claiming fees on a per "visit" basis with specified limits per month for routine assessments as well as admission and annual examinations. Physicians can also claim fees on a per "visit" basis, without limits, for seeing patients who fall ill during a month. A second option involves a "basket" approach—compensating physicians through OHIP with a monthly management fee that covers a core of

services such as routine visits (at least two per month), admission and annual assessments, medication reviews, discussions with staff, and completion of forms.

Physicians “visits” require an encounter with a resident. However, several classes of services do not require personal attendance by a physician in order to be billed under OHIP. For example, the physician can render services over the telephone to manage patients on blood thinners.

We also learned that the OHIP *Schedule of Benefits* includes a fee code for a periodic in-depth physical assessment of a resident. There are two such fee codes—one for the resident’s annual physical exam and one for a comprehensive geriatric-oriented assessment conducted in a long-term-care facility. The OHIP *Schedule of Benefits* has no separate fee code for issuing or renewing a prescription, as this is considered part of the treatment as opposed to an assessment which is billable.

In addition, the homes’ medical directors receive remuneration from the homes out of the Ministry funding they receive. These fees generally range between \$10,000 and \$30,000 per year, depending upon the number of residents, but the homes may choose to pay more.

Pharmacists

Pharmacists contracted to long-term-care homes dispense medications to residents when a prescription is issued. The pharmacy receives payment to cover the cost of the medication and markup, plus the dispensing fee (which includes the \$2 dollar co-payment collected directly from the resident). The cost of ODB-eligible drugs is listed in the Formulary. The markup on such drugs is 8% of the drug cost. Dispensing fees, which are set by regulation, are currently \$7 per ODB-eligible prescription. The Ministry does not regulate the cost of non-ODB eligible drugs, their markup, or the dispensing fees.

The pharmacy and the long-term-care home arrange the frequency of medication dispensing (weekly or monthly) through a contractual agreement. Typically, medications are dispensed to residents of the homes on a weekly basis in packaging agreed upon by the home and the pharmacy. The homes view weekly dispensing as preferable in terms of efficient storage and the easier managing and administration of medication by nursing staff. Such an approach yields less prescription drug waste in the home should there be a change in the medication therapy. Pharmacists submit claims for payment to the Ontario Drug Benefit Program which include drug cost, markup, and dispensing fees each time a product is dispensed, which is typically on a weekly basis.

Legislative and Regulatory Framework

Long-term-care homes are regulated, licensed, or approved by the Ministry under three statutes—the *Nursing Homes Act*, the *Charitable Institutions Act*, and the *Homes for the Aged and Rest Homes Act*—which have varying requirements. Policies set out in the *Long-Term Care Homes Program Manual* apply to all the homes. While the above-noted statutes were in force at the time of the audit, all

will be replaced by Bill 140, the *Long-Term Care Homes Act*, 2007, which received Royal Assent in June 2007, but has yet to be proclaimed.

OBJECTIVES AND SCOPE OF THE AUDIT

The Committee welcomed the opportunity to review the first value-for-money audit in the long-term care sector since the Auditor General's mandate was expanded in 2005 to include the broader public sector. The audit objective was to assess whether medications for residents in these homes were managed efficiently, safely, and in an appropriately controlled way in accordance with legislation, policies and procedures. The audit work was primarily conducted at three homes: Hamilton Continuing Care, a 64-bed for-profit nursing home; Leisureworld St. George, a 238-bed for-profit nursing home in Toronto; and Providence Manor, a 243-bed charitable home in Kingston.

The Auditor concluded that the three audited homes had procedures in place to ensure that they obtained physician-prescribed medications and administered them to residents in a safe and timely manner. Yet, audit staff observed ways in which homes could improve medication-management practices as well as the secure storage and handling of drugs.

ISSUES RAISED IN THE AUDIT AND BEFORE THE COMMITTEE

Significant issues were raised by the audit and before the Committee. We attach particular importance to seven of these issues below.

Modifying the Compensation Framework

The Committee is concerned about the lack of incentives in the long-term-care sector to encourage physicians to prescribe—and pharmacists to dispense—the *least* number of prescriptions.

Under the current system of compensating pharmacists, the more often drugs are dispensed, the more often the dispensing fees are charged by the home's pharmacist. As we pointed out earlier, on average there are about five prescriptions dispensed per week for every resident. One reason for this is that often the pharmacies initially fill prescriptions with just enough medication for one week and thereafter refill the prescriptions weekly. Each refill generates a new dispensing fee for the pharmacist. The Committee notes that almost 40% of the total cost of drugs for residents in long-term-care homes relates to dispensing fees rather than the actual cost of the drugs.

Committee Members are also aware that new regulatory provisions, O.Reg 264/08 under the *Ontario Drug Benefit Act*, came into force on July 28, 2008. For the majority of listed drug products dispensed to ODB recipients, pharmacists will be reimbursed a maximum of two dispensing fees per medication per recipient in any calendar month. Some limited exceptions are allowed, such as where reduced quantity dispensing is warranted for patient care and safety. The Ministry's

rationale for the change was to reduce the rate of growth in the number of dispensing fee claims. The new dispensing fee payment conditions do not apply, however, to residents of long-term-care homes. Members were curious as to why the Ministry has not applied these payment conditions to prescriptions dispensed to residents of long-term-care homes.

The Committee was also concerned that the current system does not do enough to encourage doctors to prescribe the minimum number of drugs to residents.

The impact that a large amount of drugs can have on elderly and often frail residents of the homes worries Committee members. For instance, the Auditor's report highlighted research by the American Medical Association on the use of antipsychotic drugs in Ontario long-term-care homes. It indicated that one-third of all residents were prescribed these drugs. More importantly, the research showed that individuals residing in homes with the highest total prescribing rates were three times as likely to be prescribed an antipsychotic drug as those living in homes with the lowest prescribing rates. As stated earlier, the Auditor's Report also noted that many residents (between 23% and 28% at the three audited homes) are prescribed 12 or more different regularly scheduled medications, which doubles the risk of an adverse drug reaction compared to residents taking five or fewer drugs.

We also question whether residents of these homes, many of whom take a number of drugs, are receiving periodic comprehensive clinical assessments to assess the resident's overall health and tolerance to the medications. We believe that residents taking multiple medications face increased health risks and may benefit from more frequent geriatric consultations or detailed physical assessments.

The Committee acknowledges the Ministry's position that physicians and pharmacists are accountable to their respective professional colleges. As well, we do not wish to imply that these professionals do not always act in the best interest of their patients. However, we believe that the current compensation mechanism for both physicians and pharmacists working in these homes should be reviewed. The objective of the review should be to consider changes to the compensation system that will encourage better resident care and medication management within the funding resources available.

Long-Term-Care Homes' Contracts with Pharmacies

Long-term-care homes enter into contracts with pharmacies to obtain prescription drugs and other medications ordered by physicians for their residents, as well as medication-related advice. The Ministry's *Long-Term Care Homes Program Manual* states that there must be a written service contract between the home and the pharmacy that includes quality management expectations. We heard that pharmacy services must be available to the homes 24 hours a day, seven days a week.

The Auditor recommended that these written contracts be more explicit in terms of Ministry requirements—particularly the type and frequency of procedures the

pharmacy is expected to perform, and the reporting to take place when assessing the home's compliance with medication-related policies.

During the public hearings, Members asked two of the audited homes, Providence Manor and Leisureworld St. George, a series of questions about their contracts with pharmacies. While Providence Manor indicated that it has had a long-term relationship with its local pharmacy, Leisureworld St. George noted that the home had issued a Request for Proposals (RFP) for a new pharmacy contract about four years ago.

Committee Members also asked about the existence of conflict-of-interest guidelines applicable to a home and the pharmacy seeking a contract. Ministry officials noted that general conflict-of-interest guidelines exist in both the service agreement with a long-term-care home, and the Ministry's *Long-Term Care Homes Program Manual*.

We were further interested in whether a pharmacy, in order to secure a contract, could pay money to the long-term-care home in question.

Leisureworld replied that it did not believe this to be the case. However, the pharmacy may provide a number of free services as an added benefit to obtaining the contract such as additional staff education and in-service training, services and staffing paid for out of the pharmacy's profit margin.

As the Committee is concerned about the potential for conflict of interest between the homes and the pharmacies, we were pleased to hear that Leisureworld issued an RFP when it sought a new pharmacy for the homes in its chain. We consider a robust, competitive process for selecting a new pharmacy provider to be the best route for long-term-care homes that are seeking this service.

Informed Consent to Treatment with Medication

Two of the audited homes lacked documentation to show that they had obtained the informed consent required to treat a resident with new medication.

Documentation at the third home did show that consent had been sought, but it lacked the identity of the person contacted.

In response, the Auditor recommended that long-term-care homes ensure that consent to treatment of a resident with new medication is obtained and documented in a timely manner from either the resident (when he or she is capable of giving consent), or from the resident's substitute decision-maker. During our public hearings, we asked the long-term-care homes for any practical suggestions or approaches they could offer on the issue of obtaining consent, and were told that the Joint Task Force on Medication Management convened by the Ministry may be promising. It will address many of the issues identified in the Auditor's *2007 Annual Report*, including the consent issue, and has been widely endorsed by the long-term-care homes sector. The Committee is also interested in the obtaining of consent as it pertains to medical directives or "standing orders"

for over-the-counter medication. The Ministry advises that the Joint Task Force's work will include an examination of this aspect of the consent issue.

Medication Errors

The best practices of the Institute of Safe Medication Practices Canada dictate that identifying and reviewing medication errors is important to the prevention of similar future errors; two of the audited homes, however, were poor at ensuring that all medication errors were reported. A standard definition of a medication error is lacking in this sector.

The Auditor recommended that long-term-care homes, in association with the Ministry, should develop a consistent definition of what constitutes a "medication error." The Auditor also recommended that homes should ensure that medication errors are consistently identified, documented, and reviewed on a timely basis to minimize similar future similar occurrences.

We heard that one of the first priorities of the Joint Task Force on Medication Management will be to create a "made-in-Ontario" definition of "medication error" that is specific to the long-term-care sector. The Ministry explained that various definitions of a medication error already exist among nurses and pharmacists. However, there is no consistently applied definition. Currently medication errors are recorded and reported to both the Ministry in a critical incident system (CIS) report and to the home's administrator. Once the new definition of a medication error is developed by the Joint Task Force, it will be incorporated into the CIS.

Use of High-Risk Drugs

International experts maintain that certain medications are generally more harmful than beneficial to older adults. In 2006, more than 5,700 residents aged 65 and over in long-term-care homes across Ontario were prescribed at least one of a sample of eight high-risk drugs on the Beers List of medications available in Canada. Drugs on the Beers List are identified as "potentially inappropriate" for seniors due to an elevated risk of adverse effects.* In addition, these drugs were dispensed to at least 20% of the residents in 30 of the Ontario homes. The three audited homes were not among this group.

The Auditor recommended that the Ministry, in collaboration with the College of Physicians and Surgeons of Ontario, periodically review the usage of higher risk drugs at long-term-care homes.

* The Beers List was first developed in 1991 by Dr. Mark H. Beers, an American gerontologist, who created the list according to the following criteria: appropriate use of medication, effectiveness, risk of adverse events, and the availability of safer alternatives. Updated in 2002, it includes about 50 medications or classes of medications considered to pose a high risk to adults 65 or older.

During the hearings, the Ministry informed us that the use of high-risk drugs in the homes has decreased over the last five years. Subsequently, we learned from the Ministry that information published by the Institute of Clinical Evaluative Sciences indicates that for every 100 long-term-care home residents in Ontario, 7.2 were being prescribed at least one inappropriate medication in 2006/07. That rate represents a slow and steady decline since 2002/03 when it stood at 9.9.

The Committee heard that the issue of residents being prescribed inappropriate drugs will be a subject for future discussions between the Ministry and the College of Physicians and Surgeons of Ontario (CPSO). As the Committee feels that the prescribing of inappropriate drugs to residents calls out for concerted action, we are encouraged by this.

High-Risk Psychotropic Drugs

Psychotropic drugs, prescribed to address mental health disorders or behavioural problems among the elderly, have one of the highest rates of potential adverse reactions. A common condition treated with psychotropic drugs is dementia, which refers to a range of symptoms caused by disorders that affect the brain. One in 13 Canadians over age 65 has the condition.

Research published in the *Journal of the American Medical Association* has indicated that psychotropic drugs are generally ineffective in managing symptoms of dementia, such as agitation and delusions. The research points to non-drug psychological and social interventions as a more appropriate first line of treatment for dementia patients. Psychogeriatric programs care for people with challenging behavioural issues stemming from dementia.

The Auditor recommended that the homes should adopt consistent criteria for referring residents to specialized psychogeriatric programs and ensure that sufficient numbers of staff are appropriately trained in those criteria.

While the Ministry indicated in the audit report that it has provided such training to over 5,000 long-term-care home staff, the audited homes noted that only a limited number of nursing staff has had such training. During the hearings, the Ministry pointed out that the Joint Task Force on Medication Management will consider the issue of prescribing potentially high-risk medications, including psychotropics, to residents.

Drug Interactions

Between 23% and 28% of residents (at least age 65) at the audited homes were taking a dozen or more different regularly scheduled medications in 2007. Studies indicate that the likelihood of an adverse reaction increases with the number of medications taken. None of the audited homes had undertaken specific policies or procedures for increased monitoring of these residents.

The Auditor recommended that long-term-care homes monitor more closely those residents taking a new higher-risk medication, and that they also document the

results of this monitoring. As well, the Auditor recommended that homes take actions to consistently identify and document adverse drug reactions in an effort to prevent future occurrences.

During the hearings, the Ministry said that the issue of multiple prescriptions to treat residents' multiple health conditions is "on the table." There is room for improvement, and this will require engaging physicians who work in long-term-care homes (and who write the prescriptions) in a discussion about best practices in matters of medication management in this setting. The Ministry added that the CPSO is willing to engage in that dialogue with its physicians. The Joint Task Force will examine this issue as well.

Overriding of Automatic Drug Alerts

The Ministry has built information alerts for pharmacists into the Ministry's Ontario Drug Benefit program computer system. The level-1 alert is the most serious drug combination notice.

In 2006 there were 18,000 level-1 alerts warning of an inappropriate drug combination that should not be dispensed or administered. Over 90% of these alerts were overridden by the homes' pharmacists, with the drugs in question being dispensed to residents of more than 400 long-term-care homes. The Auditor's Report noted that pharmacists may have contacted the prescribing physician to obtain approval to override the alert.* And many alerts may simply be repeats as the system generates the same notice each time the prescription is filled.

The Auditor recommended that the Ministry, in collaboration with the College of Physicians and Surgeons of Ontario, review the frequency with which residents receive drugs which set off unique drug-to-drug interaction alerts, and to take appropriate follow-up action where the use of higher-risk drugs and pharmacy overrides of alerts seems disproportionately high.

The Ministry explained that with over 19 million prescriptions filled for residents of the homes annually, the 18,000 level-1 alerts in 2006 represent 0.095% of total prescriptions.

When Committee members asked if they should stop worrying about the overridden alerts, the Ministry responded that the alerts serve a purpose. They are an appropriate flag and clinicians do need to be cautious around the use of certain drugs. The Ministry takes comfort that these flags are in the system and require the pharmacists to make a conscious decision as to whether they are going to dispense the drug or not.

* The Ministry's written comments in the Auditor's Report state that the Auditor General's observations on drug-alert overrides and medications that may be contra-indicated for seniors reflect upon physicians' prescribing practices.

The Ministry added that pharmacists have to use their professional judgment to determine the appropriateness of dispensing the drug. Furthermore, it is a standard of practice that if pharmacists identify any concerns regarding a prescription, they will contact the prescriber to verify the use and need for the prescription.

The Committee has drafted a series of recommendation to address the above-noted issues.

RECOMMENDATIONS

The Standing Committee on Public Accounts is strongly concerned about the over-medication of long-term-care home residents and concludes that the present compensation mechanism for physicians and pharmacists should be restructured.

Therefore, the Committee recommends that:

1. The Ministry of Health and Long-Term Care review possible changes to the compensation framework for physicians and pharmacists regarding residents of long-term-care homes with one objective being to ensure that residents are not over-medicated. More specifically:
 - the Ministry should assess whether the OHIP fee schedule adequately encourages physicians to conduct more in-depth, geriatric-focused assessments of long-term-care home residents which can assist in identifying health problems related to over medication; and
 - the Ministry should consider removal of the exemption for long-term-care homes in s. 18(8)(b) and (10) of O. Reg 201/96 under the *Ontario Drug Benefit Act* from the prescribed limits on the payment of dispensing fees set forth in s. 18(7) and (10). The Ministry should report back to the Committee indicating whether it agrees with this recommendation. If not, the Committee seeks an explanation from the Ministry as to why it has exempted long-term-care homes from the provisions.

The Committee acknowledges that any potential changes will need to be discussed with the College of Physicians and Surgeons of Ontario and the Ontario College of Pharmacists. The Ministry should report back to the Committee by December 31, 2009 on the results of its review and discussions with the two Colleges.

2. In view of the Auditor General's findings that between 23-28% of residents at the three audited long-term-care homes were prescribed 12 or more different medications—which increases the risk of an adverse event—the Committee wishes to see the development of a process to oversee the continuing health and safety of residents taking more than a specified number of medications. For example, the Ministry of Health and Long-Term Care could explore the development of a periodic mandatory review—conducted by a specialist or a multi-disciplinary team—of those residents taking more than a specified number of medications. The Ministry should report back to the Committee on whether it agrees with this recommendation and, if so, what actions it proposes to take. If the Ministry does not agree, the Ministry should report to the Committee on why it disagrees.

3. The Ministry of Health and Long-Term Care provide an analysis to the College of Physicians and Surgeons of Ontario (CPSO) of the Ontario Drug Benefit database which reports on physicians' prescribing patterns in long-term-care homes. The Committee would like to see a decrease in the prescribing rates of inappropriate or higher-risk drugs (such as those on the Beers List) to residents in long-term-care homes—particularly in those homes where a significant percentage of residents are being prescribed the same higher-risk drug. The Ministry should report back to the Committee with an update on the results of this, including how the CPSO has used this data.
4. The Ministry of Health and Long-Term Care examine the feasibility of requiring each long-term-care home to post annual statistics (and in the future, trend data) on the average number of prescriptions dispensed to each resident and the percent of residents being prescribed higher-risk drugs (such as those on the Beers List). The Ministry should report back to the Committee on whether it is willing to implement this initiative, and if so, when.

With respect to other issues discussed during the Committee's hearing, the Standing Committee on Public Accounts recommends that:

5. The Ministry of Health and Long-Term Care provide to the Committee a report regarding the deliberations of the Joint Task Force on Medication Management. The report should outline the specific issues the Task Force is expected to address, and when its recommendations are going to be made. It is the Committee's expectation that among the Task Force's other matters, it will consider the issues of informed consent to treatment with medication and medication errors.
6. The Ministry of Health and Long-Term Care provide to the Committee a report within 90 days of the Ministry receiving the recommendations of the Joint Task Force on Medication Management. The report should outline the actions the Ministry plans to take for each recommendation.
7. The Ministry of Health and Long-Term Care undertake efforts to require long-term-care homes to abide by Ontario's *Health Care Consent Act, 1996*, particularly with respect to informed consent to treatment with medication. The Ministry should report back to the Committee on the results of its efforts, indicating how it plans to monitor the homes' degree of compliance with the Act.
8. The Ministry of Health and Long-Term Care expand the training of long-term-care staff (beyond the 5,000 already trained) in techniques which seek to deal with resident dementia-related behavioural problems. In addition, the Ministry should consider other interventions or options to deal with residents' behavioural problems before resorting to drugs. The

Ministry should report back to the Committee indicating the progress of these initiatives.

9. The Ministry of Health and Long-Term Care should report to the Committee indicating whether it plans to utilize information in the Ontario Drug Benefit database to identify trends or abnormally high rates of pharmacists overriding unique drug interaction alerts. The report should also indicate whether the Ministry has shared this information with the College of Pharmacists.

Except for Recommendations no. 1 and 6 where we have put forward a different time frame, we ask the Ministry of Health and Long-Term Care to provide the Committee Clerk with a written response within 120 calendar days of the tabling of this report with the Speaker of the Legislative Assembly.

The Chair of the Standing Committee on Public Accounts has written to officials of the College of Physicians and Surgeons of Ontario and the Ontario College of Pharmacists asking them to report back to us after reviewing our Report with their position on these Committee recommendations that affect their members.



COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS

FOYERS DE SOINS DE LONGUE DURÉE – GESTION DES MÉDICAMENTS

(Rapport annuel 2007 du vérificateur général de l'Ontario, section 3.10)

1^{re} session, 39^e législature
58 Elizabeth II

Données de catalogage avant publication de la Bibliothèque et Archives Canada

Ontario. Assemblée législative. Comité permanent des comptes publics

Foyers de soins de longue durée – gestion des médicaments (Rapport annuel 2007 du vérificateur général de l'Ontario, section 3.10)

Texte en français et en anglais disposé tête-bêche.

Titre de la p. de t. additionnelle: Long-term-care homes – medication management (Section 3.10, 2007 Annual report of the Auditor General of Ontario)

Également disponible sur l'Internet.

ISBN 978-1-4249-9992-7

I. Établissements de soins de longue durée—Ontario—Audit. 2. Établissements de soins de longue durée—Services pharmaceutiques—Ontario—Évaluation. I. Titre. II. Titre: Long-term-care homes – medication management (Section 3.10, 2007 Annual report of the Auditor General of Ontario)

RA999.P45 O56 2008

362.1609713

C2009-964030-9F

Legislative
Assembly
of Ontario



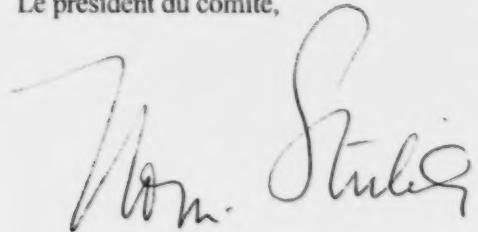
Assemblée
législative
de l'Ontario

L'honorable Steve Peters
Président de l'Assemblée législative

Monsieur le président,

Le Comité permanent des comptes publics a l'honneur de présenter son rapport et de le confier à l'Assemblée.

Le président du comité,



Norman W. Sterling

Queen's Park
Novembre 2009



**COMPOSITION DU
COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS**

1^{re} session, 39^e législature

NORMAN W. STERLING
Président

TED ARNOTT
Vice-président

FRANCE GÉLINAS

LIZ SANDALS

PHIL MCNEELY

MARIA VAN BOMMEL

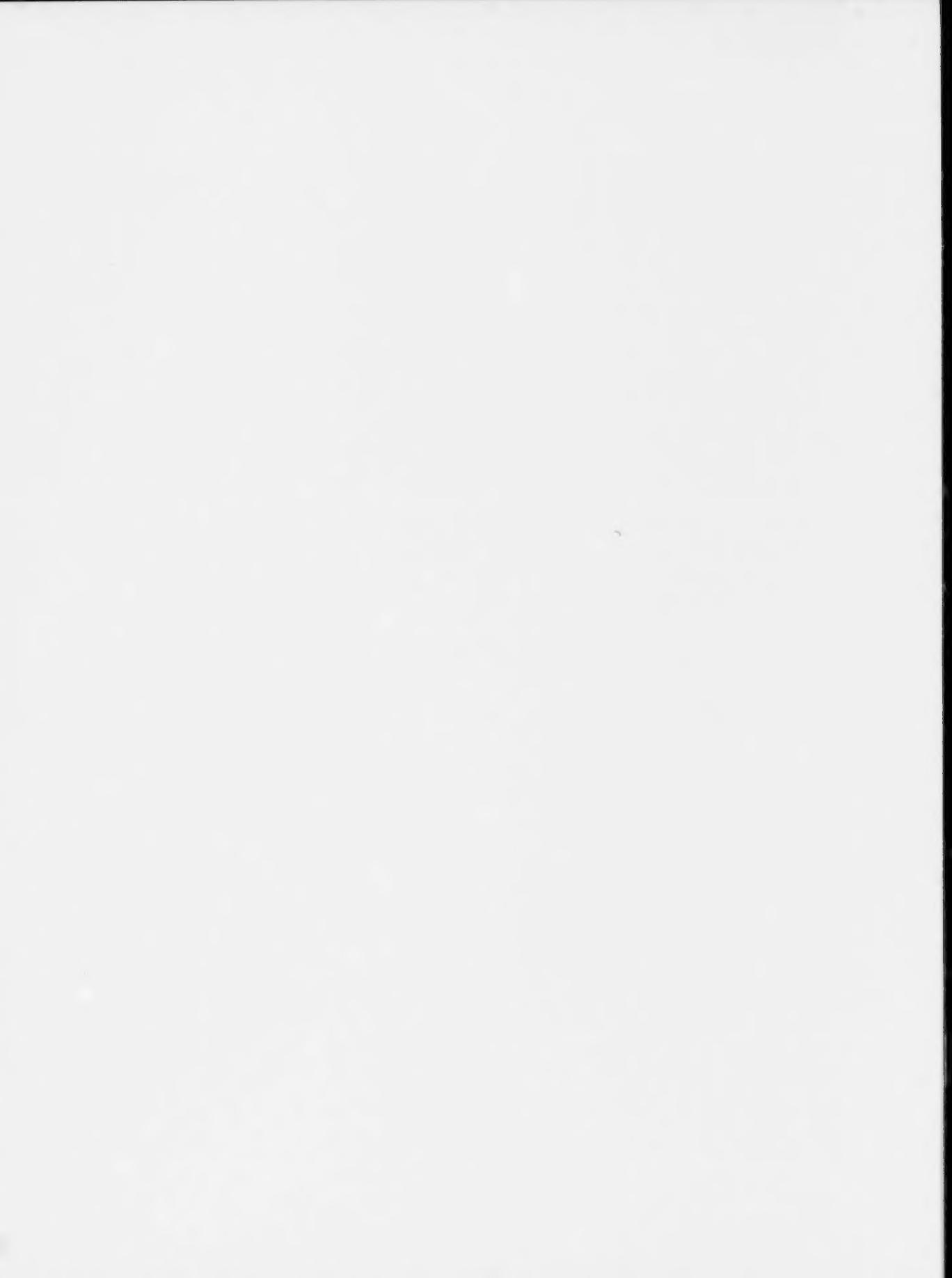
JERRY J. OUELLETTE

DAVID ZIMMER

DAVID RAMSAY

Katch Koch
Greffier du comité

Lorraine Luski
Recherchiste



COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS

LISTE DES CHANGEMENTS DANS LA COMPOSITION DU COMITÉ

LAURA ALBANESE a été remplacée par DAVID RAMSAY le 15 septembre 2009.

ERNIE HARDEMAN a été remplacé par TED ARNOTT le 15 septembre 2009.

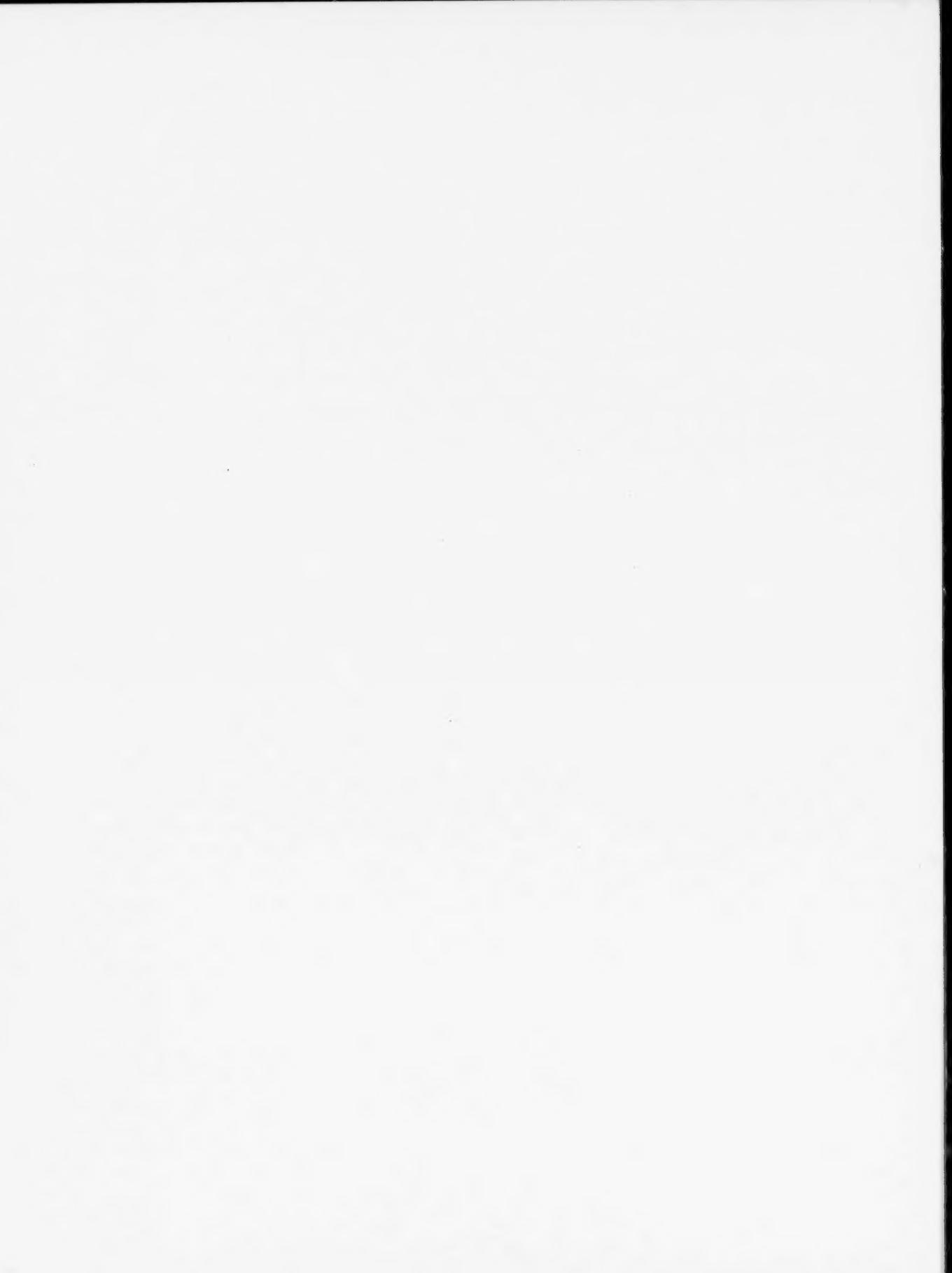


TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
APERÇU	1
Nombre et catégories de foyers	1
Gestion et financement	2
Coûts des médicaments	2
Cadre de rémunération : médecins et pharmaciens	3
Médecins	3
Pharmaciens	4
Cadre législatif et réglementaire	4
OBJECTIFS ET PORTÉE DE LA VÉRIFICATION	4
ENJEUX SOULEVÉS DANS LE CADRE DE LA VÉRIFICATION ET DEVANT LE COMITÉ	5
Modification du cadre de rémunération	5
Contrats des foyers de soins de longue durée avec des pharmacies	6
Consentement éclairé à une médication	7
Erreurs de médication	8
Utilisation de médicaments à risque élevé	9
Médicaments psychotropiques à risque élevé	9
Interactions médicamenteuses	10
Dérogation aux avertissements automatiques concernant les médicaments	11
RECOMMANDATIONS	13



INTRODUCTION

Plus de 19 millions d'ordonnances de médicaments ont été remplies pour les 75 000 résidents de foyers de soins de longue durée de l'Ontario en 2006-2007. En moyenne cette année-là, environ cinq ordonnances ont été remplies chaque semaine pour chaque résident. De même, de 23 à 28 % des résidents aux trois foyers visités par le vérificateur prenaient au moins 12 médicaments d'ordonnance. Les membres du Comité ont été surpris de cette utilisation massive de médicaments d'ordonnance dans les foyers, et ils ont estimé que le nombre d'ordonnances remplies pour les résidents était l'une des principales conclusions de la vérification de l'optimisation des ressources menées par le vérificateur général au chapitre de la gestion des médicaments dans les foyers de soins de longue durée de l'Ontario (section 3.10).*

Le Comité permanent des comptes publics a tenu en mai 2008 une journée d'audiences publiques au sujet de cette section du rapport du vérificateur. Des hauts fonctionnaires du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) ainsi que des représentants de deux des foyers visés par une vérification ont témoigné devant le Comité. (Pour prendre connaissance de nos débats, lire le Hansard du Comité du 1^{er} mai 2008.) Notre rapport souligne l'essentiel des observations et des recommandations du vérificateur figurant à la section 3.10, et il présente nos propres constatations, opinions et recommandations.

Nous souscrivons aux constatations et aux recommandations du vérificateur. Nous aimerions également remercier le vérificateur et son équipe d'avoir porté à notre attention ces importants enjeux de la gestion des médicaments dans les foyers de soins de longue durée de l'Ontario.

APERÇU

Nombre et catégories de foyers

Les foyers de soins de longue durée offrent des soins, des services et un logement aux personnes de 65 ans et plus, en général, qui ne peuvent pas vivre en autonomie et qui ont besoin de soins infirmiers 24 heures sur 24 et de supervision dans un environnement sûr. Plus de 600 foyers de soins de longue durée en Ontario dispensent des soins à environ 75 000 résidents, comme susmentionné. Plus de la moitié des foyers sont à but lucratif. Moins de 20 % sont sans but lucratif, environ 10 % sont des organismes de bienfaisance sans but lucratif, tandis que moins de 20 % relèvent de la catégorie des organismes municipaux sans but lucratif.

* Comme précisé dans le *Rapport annuel de 2007*, les vérifications d'optimisation des ressources permettent d'évaluer l'administration des programmes, dans le secteur public et dans le secteur public élargi, qui reçoivent des subventions de l'État. Elles visent à déterminer les cas dans lesquels des fonds publics ont été dépensés sans souci d'économie ou d'efficience, ou dans lesquels il y a eu absence de procédures visant à mesurer ou déclarer l'efficacité d'un programme.

Gestion et financement

En vertu de la *Loi de 1994 sur les soins de longue durée*, le Ministère subventionne le séjour dans un foyer de soins de longue durée des résidents qui répondent aux critères d'admissibilité. À titre d'intendant du réseau de la santé, le Ministère a la responsabilité d'établir des normes en matière de soins et d'inspecter les foyers afin d'assurer la protection des résidents. Même si le Ministère établit des normes en matière de soins et procède à des inspections des foyers de soins de longue durée afin de surveiller l'observation, les médecins, les pharmacies à contrat ainsi que les membres du personnel infirmier, la gestion des médicaments est l'affaire de tous les professionnels.

Depuis avril 2007, 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé de l'Ontario ont commencé à participer à la planification et au financement des activités des foyers de soins de longue durée. En 2006-2007, le financement octroyé aux foyers a totalisé 2,8 milliards, ce qui ne couvre qu'une partie du total des coûts. Les résidents disposant de ressources suffisantes ont aussi payé entre 1 500 \$ et 2 100 \$ par mois pour être logés. Les foyers de soins de longue durée s'entendent par contrat avec des pharmacies pour faire exécuter les ordonnances et obtenir les autres médicaments prescrits par des médecins pour leurs résidents, ainsi que pour obtenir des conseils sur différentes questions, comme les risques d'interactions médicamenteuses. Même si les résidents sont admissibles à des prestations dans le cadre du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO), ils versent aussi une quote-part à la pharmacie avec laquelle le foyer fait affaire pour les coûts de leurs médicaments (généralement 2 \$ par ordonnance), et ils doivent payer la totalité des coûts pour la plupart des médicaments qui ne sont pas couverts par un programme du Ministère.

Coûts des médicaments

Le Programme de médicaments de l'Ontario a versé aux pharmacies quelque 333 millions de dollars pour plus de 19 millions d'ordonnances de médicaments et pour les frais d'exécution d'ordonnance connexes à l'intention des résidents de foyers de soins de longue durée en 2006-2007. Sur cette somme, les médicaments ont totalisé 203 millions, et les frais d'exécution, 130 millions—soit près de 40 % du total. En moyenne, le coût des médicaments par résident s'est donc élevé à environ 2 700 \$, et les frais d'exécution, à environ 1 700 \$ par résident.

Certains médicaments, comme l'acétaminophène et les antitussifs, sont fournis gratuitement aux foyers, à l'intention des résidents, par le Service d'approvisionnement médico-pharmaceutique du gouvernement de l'Ontario. Ces médicaments ont coûté à peu près 3,4 millions en 2006-2007.

Cadre de rémunération : médecins et pharmaciens

Le Comité a demandé des renseignements au sujet de la rémunération des médecins et des pharmaciens dans le cadre de nos audiences, et ensuite auprès du Ministère.

Médecins

Le Comité s'est renseigné auprès des deux foyers visés par une vérification qui ont participé à nos audiences au sujet de leurs contrats avec des médecins. Providence Manor, un foyer de 243 lits situé à Kingston, a 14 médecins sous contrat et un directeur médical. Leisureworld St. George, un foyer de 238 lits, emploie trois médecins qui assurent une protection médicale jour et nuit, sept jours par semaine.

De façon générale, des médecins rémunérés à l'acte s'occupent des résidents de foyers de soins de longue durée. Ils peuvent être rémunérés par l'assurance-santé de l'Ontario (OHIP) en réclamant des honoraires par consultation, sous réserve de plafonds mensuels au titre des évaluations courantes, des admissions et des examens annuels. Les médecins peuvent aussi réclamer des honoraires par consultation (sans plafond), lorsqu'ils rencontrent les patients qui tombent malade. Il existe une deuxième option, qui est une méthode d'ensemble—en vertu de laquelle les médecins sont rémunérés par l'OHIP sous forme de frais de gestion mensuels couvrant un éventail de services comme les consultations courantes (au moins deux par mois), l'admission et les examens annuels, les examens de médication, les discussions avec le personnel, et le remplissage de formulaires.

Les consultations de médecins requièrent une rencontre avec un résident. Cependant, plusieurs catégories de services ne requièrent pas la présence d'un médecin pour pouvoir être facturés dans le cadre de l'OHIP. Par exemple, le médecin peut faire des consultations au téléphone auprès de patients qui prennent des anticoagulants.

Nous avons également appris que le barème des prestations de l'OHIP inclut un code d'honoraires relatifs à l'évaluation physique approfondie périodique des résidents. Il existe deux de ces codes d'honoraires—un pour l'examen annuel des résidents et l'autre pour une évaluation gériatrique exhaustive menée dans un établissement de soins de longue durée. Le barème des prestations de l'OHIP ne comporte pas de code d'honoraires distinct au titre de l'émission ou du renouvellement d'une ordonnance, qui font partie du traitement, contrairement à l'évaluation, qui peut être facturée.

En outre, les directeurs médicaux des foyers sont rémunérés par les foyers sous forme du financement qu'ils reçoivent du Ministère. Ces honoraires oscillent en général entre 10 000 \$ et 30 000 \$ par année, selon le nombre de résidents, mais les foyers peuvent verser davantage.

Pharmaciens

Les pharmaciens à contrat dans les foyers de soins de longue durée fournissent des médicaments aux résidents sur présentation d'une ordonnance. La pharmacie reçoit un paiement qui couvre le coût du médicament, additionné d'un bénéfice, en plus des frais d'exécution de l'ordonnance (qui incluent la quote-part de deux dollars prélevée directement auprès du résident). Le coût des médicaments admissibles au PMO figure sur le formulaire. La marge bénéficiaire sur ces médicaments correspond à 8 % du coût du médicament. Les frais d'exécution, fixés par règlement, se chiffrent actuellement à 7 \$ par ordonnance admissible au PMO. Le Ministère ne réglemente ni le coût des médicaments qui ne sont pas admissibles au PMO, ni les frais d'exécution.

La pharmacie et le foyer de soins de longue durée établissent la fréquence (hebdomadaire ou mensuelle) d'approvisionnement en médicaments dans le cadre d'une entente contractuelle. Habituellement, les médicaments sont remis aux résidents des foyers chaque semaine dans un emballage déterminé par accord entre le foyer et la pharmacie. Les foyers considèrent que l'approvisionnement hebdomadaire est préférable sous l'angle de l'efficacité d'entreposage et de la facilité de la gestion et de l'administration des médicaments par le personnel infirmier. Cette méthode réduit le gaspillage de médicaments dans les foyers, dans les cas où la médication est modifiée. Les pharmaciens soumettent au Programme de médicaments de l'Ontario leurs demandes de remboursement, qui englobe le coût des médicaments, la marge bénéficiaire, et les frais d'exécution pour chaque approvisionnement en médicaments, soit normalement une fois par semaine.

Cadre législatif et réglementaire

Les foyers de soins de longue durée reçoivent l'agrément ou l'approbation du Ministère en vertu de trois lois distinctes : *la Loi sur les maisons de soins infirmiers*, *la Loi sur les établissements de bienfaisance* et *la Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos*—qui ont des exigences différentes. Les politiques énoncées dans le Manuel du programme des établissements de soins de longue durée s'appliquent à tous les foyers de soins de longue durée. Même si les lois susmentionnées étaient en vigueur au moment de notre vérification, elles seront toutes remplacées par le projet de loi 140, *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, qui a reçu la sanction royale en juin 2007, mais qui n'est pas encore promulguée.

OBJECTIFS ET PORTÉE DE LA VÉRIFICATION

Le Comité s'est réjoui de l'occasion qui lui a été offerte de passer en revue la première vérification d'optimisation des ressources menée dans le secteur des soins de longue durée depuis que le mandat du vérificateur général a été élargi en 2005 afin d'inclure le secteur public en général. L'objectif de la vérification était de déterminer si les médicaments administrés aux résidents des foyers de soins de longue durée étaient gérés d'une manière efficiente et sûre et faisaient l'objet d'un contrôle approprié, conformément aux lois en vigueur et aux politiques et procédures établies. Les travaux de vérification ont été menés principalement

auprès de trois foyers de soins de longue durée : Hamilton Continuing Care, un foyer de soins à but lucratif de 64 lits; Leisureworld St. George, un foyer de soins à but lucratif de 238 lits situé à Toronto; et Providence Manor, un foyer de bienfaisance de 243 lits situé à Kingston.

Le vérificateur a conclu que les trois foyers de soins de longue durée visités avaient instauré des procédures pour garantir l'obtention des médicaments prescrits par un médecin et leur administration aux résidents d'une manière sûre et en temps opportun. Pourtant, les membres du personnel de vérification ont observé des façons pour les foyers d'améliorer les pratiques de gestion des médicaments ainsi que la sécurité d'entreposage et de manutention des médicaments.

ENJEUX SOULEVÉS DANS LE CADRE DE LA VÉRIFICATION ET DEVANT LE COMITÉ

D'importants enjeux ont été soulevés dans le cadre de la vérification et devant le Comité. Nous accordons une importance toute particulière à sept d'entre eux, traités ci-après.

Modifier le cadre de rémunération

Le Comité se préoccupe du fait que les médecins ne sont pas incités, dans le secteur des soins de longue durée, à prescrire—and les pharmaciens à fournir—the *moins grand nombre possible* d'ordonnances.

Dans le cadre du régime actuel de rémunération des pharmaciens, le plus souvent des médicaments sont fournis, le plus souvent des frais d'exécution sont imposés par le pharmacien du foyer. Comme nous l'avons signalé plus tôt, cinq ordonnances par semaine sont exécutées en moyenne pour chaque résident. Cela s'explique par le fait que les pharmacies établissent initialement l'ordonnance pour juste assez de médicaments pour une semaine, et elles renouvellent ensuite l'ordonnance chaque semaine. À chaque renouvellement, de nouveaux frais d'exécution sont versés au pharmacien. Le Comité observe que les frais d'exécution, par opposition au coût réel des médicaments, représentent près de 40 % du coût total des médicaments des résidents de foyers de soins de longue durée.

Les membres du Comité savent aussi que de nouvelles dispositions réglementaires, Règl. de l'Ont. 264/08, sont entrées en vigueur le 28 juillet 2008. Pour la majorité des médicaments fournis aux bénéficiaires du PMO, les pharmaciens obtiennent le remboursement de frais d'exécution un maximum de deux fois par médicament par bénéficiaire dans un mois civil. Certaines exceptions sont accordées, comme lorsque les médicaments doivent être fournis en quantité réduite pour la sécurité et la santé du patient. Le Ministère a justifié ce changement en précisant qu'il fallait réduire le taux de croissance du nombre de demandes de remboursement de frais d'exécution. Les nouvelles conditions de paiement des frais d'exécution ne s'appliquent toutefois pas aux résidents de

foyers de soins de longue durée. Les membres étaient curieux de savoir pourquoi le Ministère n'a pas appliqué ces conditions de paiement aux ordonnances exécutées pour des résidents de foyers de soins de longue durée.

Le Comité craignait aussi que le système actuel n'encourage pas assez les médecins à prescrire le minimum de médicaments aux résidents.

L'impact que peut avoir une grande quantité de médicaments sur des aînés et des résidents souvent fragilisés préoccupe les membres du Comité. Par exemple, le rapport du vérificateur a mis en relief des travaux de recherche menés par l'American Medical Association au sujet de l'utilisation de médicaments antipsychotiques dans les foyers de soins de longue durée de l'Ontario. Il a indiqué que ce genre de médicaments avait été prescrit au tiers des résidents. Fait encore plus important, la recherche a montré que les personnes résidant dans les foyers affichant les taux d'ordonnance les plus élevés étaient trois fois plus susceptibles de recevoir un antipsychotique que ceux qui vivaient dans les foyers affichant les taux les moins élevés. Comme nous l'avons dit plus tôt, il était aussi précisé dans le rapport du vérificateur que pour de nombreux résidents (entre 23 % et 28 % dans les trois foyers visés), au moins 12 médicaments différents sont prescrits régulièrement, ce qui double le risque d'effet indésirable d'un médicament en comparaison des résidents qui prennent cinq médicaments ou moins.

Nous nous demandons également si les résidents de ces foyers, dont un grand nombre prennent des médicaments, reçoivent ou non des évaluations cliniques périodiques exhaustives de leur état de santé général et de leur tolérance aux médicaments. Nous estimons que les résidents qui prennent plusieurs médicaments font face à des risques accrus et pourraient profiter de consultations gériatriques ou d'exams médicaux poussés plus fréquents.

Le Comité sait que le Ministère estime que les médecins et les pharmaciens doivent rendre des comptes à leurs collèges professionnels respectifs. De même, nous ne voulons pas insinuer que ces professionnels n'agissent pas toujours dans l'intérêt de leurs patients. Nous estimons toutefois que l'actuel mécanisme de rémunération des médecins et des pharmaciens qui travaillent dans ces foyers doit être réexaminé. Cet examen devrait viser à envisager des modifications du régime de rémunération qui amélioreront les soins dispensés aux résidents et la gestion des médicaments dans le respect des fonds disponibles.

Contrats des foyers de soins de longue durée avec des pharmacies

Les foyers de soins de longue durée s'entendent par contrat avec des pharmacies pour faire exécuter les ordonnances et obtenir les autres médicaments prescrits par des médecins pour leurs résidents, ainsi que pour obtenir des conseils sur différentes questions, comme les risques d'interactions médicamenteuses. Le Manuel du programme des établissements de soins de longue durée du Ministère précise que l'établissement et la pharmacie doivent conclure un contrat par écrit,

où sont définies les attentes en matière de gestion de la qualité. Selon ce que nous avons appris, les foyers de soins de longue durée doivent bénéficier de services de pharmacie 24 heures sur 24, sept jours sur sept.

Le vérificateur a recommandé que ces contrats écrits soient plus détaillés pour ce qui est des exigences du Ministère—particulièrement au sujet du type et de la fréquence des procédures auxquelles la pharmacie est tenue, et des rapports à présenter après avoir évalué la mesure dans laquelle un foyer observe les politiques relatives aux médicaments.

Dans le cadre des audiences publiques, les membres ont posé à deux des foyers visés, à savoir Providence Manor et Leisureworld St. George, une série de questions au sujet de leurs contrats avec des pharmacies. Même si les représentants de Providence Manor ont indiqué qu'ils entretenaient des rapports de longue date avec leur pharmacie locale, ceux de Leisureworld St. George ont signalé que le foyer avait lancé une demande de propositions au titre d'un nouveau contrat de pharmacie il y a environ quatre ans.

Les membres du Comité ont aussi posé des questions au sujet de l'existence de lignes directrices sur les conflits d'intérêt qui seraient applicables à un foyer et à la pharmacie qui recherche un contrat. Des fonctionnaires du Ministère ont fait observer qu'il existe des lignes directrices générales sur les conflits d'intérêt dans l'entente de service avec un foyer de soins de longue durée et dans le Manuel du programme des établissements de soins de longue durée du Ministère.

Nous voulions aussi savoir si une pharmacie, afin de décrocher un contrat, pourrait verser de l'argent au foyer en question.

Les représentants de Leisureworld ont répondu qu'ils ne croyaient pas que ce soit le cas. La pharmacie peut toutefois fournir un certain nombre de services gratuits comme avantages additionnels en échange de l'obtention du contrat, comme des services additionnels de formation sur place et d'éducation du personnel, des services et des avantages payés à même la marge bénéficiaire de la pharmacie.

Comme le Comité se préoccupe du risque de conflit d'intérêt entre les foyers et les pharmacies, nous avons été ravis d'apprendre que Leisureworld a émis une demande de propositions au moment de rechercher une nouvelle pharmacie pour les foyers de sa chaîne. Nous considérons que la tenue d'un concours en bonne et due forme aux fins du choix d'une nouvelle pharmacie constitue la meilleure option des foyers qui recherchent ce service.

Consentement éclairé à une médication

Deux des foyers visés ne disposaient généralement d'aucun document confirmant qu'ils avaient obtenu le consentement éclairé nécessaire pour administrer un nouveau médicament à un résident. Les documents conservés par le troisième foyer indiquaient généralement qu'un consentement avait été demandé, mais ne précisait pas l'identité de la personne ayant donné son consentement.

Le vérificateur a donc recommandé que les foyers de soins de longue durée s'assurent d'obtenir en temps opportun le consentement du résident, s'il est apte à le faire, ou du mandataire spécial du résident avant d'administrer un nouveau médicament, et veiller à consigner les détails relatifs au consentement.

Dans le cadre de nos audiences publiques, nous avons demandé aux représentants de foyers de soins de longue durée des suggestions pratiques ou des approches qu'elles pourraient recommander au sujet de l'obtention du consentement, et nous avons appris que les activités du groupe de travail mixte sur la gestion des médicaments, mis sur pied par le Ministère, pourraient être prometteurs. Ce groupe s'attaquera à bon nombre des enjeux relevés dans le Rapport annuel de 2007 du vérificateur, y compris la question du consentement, et il obtient l'appui général du secteur des foyers de soins de longue durée. Le Comité s'intéresse aussi à l'obtention du consentement sous l'angle des directives médicales ou des ordres permanents visant des médicaments sans ordonnance. Le Ministère précise que les activités du groupe de travail mixte incluront un examen de cet aspect de la question du consentement.

Erreurs de médication

Les pratiques exemplaires de l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada dictent qu'il est important de déceler et d'examiner les erreurs de médication afin de prévenir de futures erreurs semblables; deux des foyers visés ont toutefois affiché de faible résultats au chapitre de la déclaration de ces erreurs de médication. Il manque une définition uniformisée de la notion d'erreur de médication dans ce secteur.

Le vérificateur a recommandé que les foyers de soins de longue durée, en association avec le Ministère, élabore une définition cohérente de ce qui constitue une « erreur de médication ». Le vérificateur a aussi recommandé que les foyers veillent à ce que les erreurs de médication soient décelées, consignées et examinées en temps opportun afin de prévenir la répétition d'erreurs semblables.

Nous avons appris que l'une des principales priorités du groupe de travail mixte sur la gestion des médicaments consistera à créer une définition « ontarienne » de ce qui constitue une « erreur de médication » propre au secteur des soins de longue durée. Le Ministère a expliqué que diverses définitions d'une erreur de médication existent déjà parmi le personnel infirmier et les pharmaciens. Il n'existe toutefois pas de définition appliquée uniformément. À l'heure actuelle, les erreurs de médication sont consignées et déclarées à la fois au Ministère dans le cadre d'un rapport du système sur les incidents critiques (SIC) et à l'administrateur du foyer. Une fois que la nouvelle définition d'une erreur de médication aura été élaborée par le groupe de travail mixte, elle sera incorporée au SIC.

Utilisation de médicaments à risque élevé

D'après les conclusions d'experts internationaux, certains médicaments sont souvent plus néfastes que bénéfiques pour les adultes ayant atteint un certain âge. En 2006, on a prescrit et administré à plus de 5 700 résidents âgés de 65 ans ou plus logeant dans des foyers de soins de longue durée partout en Ontario au moins un des huit médicaments à risque élevé qui faisaient partie de la liste Beers de médicaments offerts au Canada l'échantillon que nous avons examiné. Les médicaments qui figurent sur la liste Beers sont désignés comme « ne devant pas être prescrits » aux aînés en raison d'un risque trop élevé d'effets défavorables*. En outre, ces médicaments ont été fournis à au moins 20 % des résidents de 30 des foyers de l'Ontario. Les trois foyers visés par une vérification ne faisaient pas partie de ce groupe.

Le vérificateur a recommandé que le Ministère, en collaboration avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, se penche périodiquement sur l'utilisation de médicaments à risque élevé dans les foyers de soins de longue durée.

Dans le cadre des audiences, le Ministère nous a appris que l'utilisation de médicaments à risque élevé dans les foyers avait diminué dans les cinq dernières années. Le Ministère nous apprenait ensuite que selon des renseignements communiqués par l'Institut de recherche en services de santé, sur chaque tranche de 100 résidents de foyers de soins de longue durée en Ontario, on avait prescrit à 7,2 de ces résidents, en 2006-2007, un médicament qui n'aurait pas dû leur être prescrit. Ce taux représente une diminution lente mais graduelle par rapport au taux de 9,9 % affiché en 2002-2003.

Selon ce qu'a appris le Comité, la question des médicaments qui ne doivent pas être prescrits à des résidents fera l'objet de futurs échanges entre le Ministère et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO). Comme le Comité estime que le fait de prescrire des médicaments inopportun aux résidents exige l'adoption de mesures concertées, cela nous encourage.

Médicaments psychotropiques à risque élevé

Les médicaments psychotropiques prescrits dans les cas de problèmes de santé mentale ou de troubles du comportement chez les aînés sont parmi les médicaments qui présentent l'un des taux les plus élevés d'effets défavorables. La démence est l'un des troubles les plus couramment traités par des psychotropes; il s'agit d'un terme décrivant un ensemble de symptômes attribuables à différents troubles du cerveau. Chez les 65 ans et plus, un Canadien sur 13 en est atteint.

Des travaux de recherche publiés dans le *Journal of the American Medical Association* concluent que les médicaments psychotropes ne sont généralement pas efficaces pour atténuer des symptômes de la démence comme l'agitation et le

* Mise au point en 1991 par le Dr Mark H. Beers, gérontologue américain, la liste repose sur certains critères tels que l'utilisation appropriée d'un médicament, son efficacité, le risque d'effets indésirables et la présence de solutions de rechange plus sécuritaires. Mise à jour en 2002, elle inclut une cinquantaine de médicaments ou catégories de médicaments qui sont considérés comme posant un risque élevé pour les personnes de 65 ans et plus.

délire. La recherche a permis de constater que des interventions sociales et psychologiques sans médicaments constituent un traitement plus efficace pour les personnes atteintes de démence. Des programmes psychogériatriques sont prévus pour s'occuper des personnes qui affichent des troubles du comportement associés à la démence.

Le vérificateur a recommandé que les foyers adoptent des critères normalisés pour la recommandation de résidents pour les programmes psychogériatriques spécialisés et s'assurer que le personnel est en nombre suffisant et a suivi une formation pertinente sur ces critères.

Même si le Ministère a indiqué qu'il a offert une formation sur ce sujet à plus de 5 000 employés de foyers de soins de longue durée, les établissements visés par une vérification nous ont informés qu'ils disposaient d'un nombre limité d'infirmières et d'infirmiers ayant suivi une formation en psychogériatrie. Dans le cadre des audiences, le Ministère a signalé que le groupe de travail mixte sur la gestion des médicaments se penchera sur le problème de la prescription à des résidents de médicaments susceptibles d'être à risque élevé, y compris des médicaments psychotropes.

Interactions médicamenteuses

En 2007, entre 23 % et 28 % des résidents âgés d'au moins 65 ans dans les foyers visés par une vérification prenaient régulièrement 12 médicaments ou plus à différentes fréquences. Diverses études ont établi que le risque d'une réaction indésirable à un médicament augmente avec le nombre de médicaments que prend une personne. Aucun des foyers visés n'a établi de politique ou de procédure particulière afin d'intensifier la surveillance de ces résidents.

Le vérificateur a recommandé que les foyers de soins de longue durée surveillent plus étroitement les résidents qui prennent un nouveau médicament à risque plus élevé, et qu'ils consignent également les résultats de cette surveillance. De même, le vérificateur a recommandé que les foyers adoptent des mesures pour déceler et consigner de façon cohérente les réactions indésirables aux médicaments, en vue de prévenir leur répétition.

Dans le cadre des audiences, le Ministère a déclaré qu'il fallait se pencher sur la question des ordonnances multiples visant à traiter les résidents aux prises avec de nombreux problèmes de santé. Il y a place à de l'amélioration, et il faudra pour cela mobiliser les médecins qui travaillent dans des foyers de soins de longue durée (et qui rédigent les ordonnances) dans une discussion au sujet des pratiques exemplaires de gestion des médicaments dans ce contexte. Le Ministère a ajouté que l'OMCO est prêt à lancer ce dialogue avec ses médecins. Le groupe de travail mixte se penchera aussi sur cette question.

Dérogation aux avertissements automatiques concernant les médicaments

Le Ministère a intégré au système informatique du Programme de médicaments de l'Ontario un mécanisme d'avertissement automatique concernant les médicaments à l'intention des pharmaciens. Les alertes de niveau 1 concernent les combinaisons de médicaments les plus dangereuses.

En 2006, 18 000 alertes de niveau 1 ont été générées pour signaler une combinaison de médicaments clairement contre-indiquée qui ne devrait pas être délivrée ni administrée. Plus de 90 % de ces alertes ont été ignorées par le pharmacien, et les médicaments ont tout de même été délivrés aux résidents de plus de 400 foyers de soins de longue durée. Le vérificateur a indiqué dans son rapport que, dans ces cas, les pharmaciens ont peut-être communiqué avec le médecin traitant afin d'obtenir son approbation pour déroger à l'alerte*. De plus, bon nombre de ces alertes font double emploi parce que le système génère le même avis chaque fois qu'une ordonnance est exécutée.

Le vérificateur a recommandé que le Ministère, en collaboration avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, examine la fréquence à laquelle les résidents reçoivent des médicaments ayant fait l'objet d'une alerte unique d'interaction médicamenteuse, et que des mesures de suivi puissent être prises lorsque l'utilisation de médicaments à risque élevé et la fréquence des dérogations aux alertes semblent indûment élevées.

Le Ministère a expliqué que sur les quelque 19 millions d'ordonnances remplies chaque année pour des résidents des foyers, les 18 000 alertes de niveau 1 observées en 2006 ont représenté 0,095 % du total des ordonnances.

Quand des membres du Comité ont demandé s'ils devraient cesser de s'en faire au sujet des alertes ignorées, le Ministère a répondu que les alertes visent un but précis. Elles constituent un mécanisme de signalement efficace, et les cliniciens doivent faire preuve de prudence relativement à certains médicaments. Le Ministère est satisfait de ce mécanisme de signalement, et il exige que les pharmaciens prennent la décision de délivrer ou non les médicaments en toute connaissance de cause.

Le Ministère a ajouté que les pharmaciens doivent faire preuve de discernement professionnel afin de déterminer s'il y a lieu de délivrer le médicament ou non. En outre, la pratique courante veut que le pharmacien qui a des doutes concernant une ordonnance communique avec la personne l'ayant rédigé afin de vérifier son utilisation et sa nécessité.

* Les observations écrites du Ministère dans le rapport du vérificateur précisent que les observations du vérificateur au sujet des dérogations aux avertissements concernant les médicaments et les médicaments qui peuvent être contre-indiqués pour les aînés font état des pratiques adoptées par les médecins en matière d'ordonnances.

Le Comité a rédigé une série de recommandation afin de tenir compte des problèmes susmentionnés.

RECOMMANDATIONS

Le Comité permanent des comptes publics est fortement préoccupé par la surconsommation de médicaments par les résidents de foyers de soins de longue durée, et il conclut que l'actuel mécanisme de rémunération des médecins et des pharmaciens doit être restructuré.

En conséquence, le Comité recommande que :

1. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée examine les modifications à apporter au cadre de rémunération des médecins et des pharmaciens concernant les résidents de foyers de soins de longue durée, l'un des objectifs consistant à éviter la surconsommation de médicaments chez les résidents. Plus précisément :
 - le Ministère doit déterminer si le barème des prestations de l'OHIP incite suffisamment les médecins à mener des évaluations gériatriques approfondies des résidents de foyers de soins de longue durée afin de déceler des problèmes de santé qui pourraient être associés à la surconsommation de médicaments;
 - le Ministère doit envisager l'abolition de l'exemption visant les foyers de soins de longue durée prévue à l'alinéa 18(8)b) et au paragraphe (10) du Règl. de l'Ont. 201/96 aux termes de la *Loi sur le régime de médicaments gratuits de l'Ontario*, aux plafonds concernant le paiement de frais d'exécution prévus aux paragraphes 18(7) et (10). Le Ministère doit rendre compte au Comité afin de préciser s'il souscrit ou non à cette recommandation. Dans la négative, le Comité demande au Ministère de préciser la raison pour laquelle il a exempté les foyers de soins de longue durée de l'application de ces dispositions.

Le Comité reconnaît que les modifications éventuelles devront auparavant être discutées avec l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario. Le Ministère doit rendre compte au Comité d'ici au 31 décembre 2009 les résultats de son examen et de ses discussions avec les deux ordres professionnels.

2. À la lumière des conclusions du vérificateur général selon lesquelles au moins 12 médicaments différents avaient été prescrits à un pourcentage oscillant entre 23 % et 28% des résidents des trois foyers visés par une vérification—ce qui accroît le risque d'effets défavorables—le Comité souhaite que soit mis sur pied un processus permanent de surveillance de la santé et de la sécurité des résidents dont la consommation de médicaments dépasse un seuil déterminé. Par exemple, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée pourrait envisager l'élaboration d'un examen obligatoire périodique—mené par un spécialiste ou par une équipe pluridisciplinaire—des résidents dont la consommation de médicaments dépasse un seuil déterminé. Le Ministère doit rendre compte au Comité afin de préciser s'il souscrit ou non à cette recommandation et, dans

l'affirmative, quelles mesures il propose d'adopter. Dans la négative, le Ministère devra préciser au Comité les raisons de son désaccord.

3. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée analyse pour l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario la base de données du Programme de médicaments de l'Ontario, qui porte sur les médicaments prescrits par les médecins dans les foyers de soins de longue durée. Le Comité aimeraient voir une diminution du taux de prescription de médicaments inopportuns ou à risque plus élevé (comme ceux qui figurent sur la liste Beers) à des résidents de foyers de soins de longue durée— particulièrement dans les foyers où le même médicament à risque élevé est prescrit à un pourcentage élevé de résidents. Le Ministère doit présenter au Comité un compte rendu des résultats de cet exercice, y compris des détails sur la façon dont l'OMCO a utilisé ces données.
4. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée examine la faisabilité d'une exigence suivant laquelle chaque foyer de soins de longue durée devrait afficher des statistiques annuelles (et, à l'avenir, des données sur les tendances) sur le nombre moyen d'ordonnances délivrées à chaque résident et sur le pourcentage de résidents auxquels sont prescrits des médicaments à risque élevé (comme ceux qui figurent sur la liste Beers). Le Ministère doit rendre compte au Comité afin de préciser s'il accepte de mettre en œuvre cette initiative et, dans l'affirmative, à quel moment.

Pour ce qui est des autres enjeux discutés dans le cadre des audiences du Comité, le Comité permanent des comptes publics recommande que :

5. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée fournit au Comité un rapport concernant les délibérations du groupe de travail mixte sur la gestion des médicaments. Le rapport devra préciser sur quels enjeux le groupe doit se pencher, et à quel moment il doit présenter ses recommandations. Le Comité s'attend à ce que le groupe de travail examine, entre autres choses, la question du consentement éclairé à une médication et des erreurs de médication.
6. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée fournit au Comité un rapport dans les 90 jours après avoir reçu les recommandations du groupe de travail mixte sur la gestion des médicaments. Le Ministère doit préciser dans le rapport les mesures qu'il entend prendre afin de donner suite à chaque recommandation.
7. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée déploie des efforts afin d'exiger que les foyers de soins de longue durée observent la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé* de l'Ontario, surtout en ce qui a trait au consentement éclairé à une médication. Le Ministère doit rendre compte au Comité les résultats de ses efforts, en indiquant comment il prévoit surveiller la mesure dans laquelle les foyers observent la Loi.

8. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée élargisse la formation du personnel des soins de longue durée (au-delà des 5 000 employés ayant déjà suivi la formation) à des techniques visant à les aider à composer avec les troubles du comportement des résidents atteints de démence. En outre, le Ministère doit envisager d'autres interventions ou options afin de composer avec les troubles du comportement des résidents, avant de recourir aux médicaments. Le Ministère doit rendre compte au Comité l'état des progrès de ces initiatives.
9. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit indiquer au Comité s'il prévoit ou non utiliser l'information qui se trouve dans la base de données du Programmes de médicaments de l'Ontario afin de déceler les tendances ou les taux anormalement élevés de pharmaciens qui dérogent aux avertissements uniques d'interactions médicamenteuses. Il doit aussi être précisé dans le rapport si le Ministère a partagé ou non ces renseignements avec l'Ordre des pharmaciens.

Le Comité demande au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de faire parvenir une réponse écrite au greffier du Comité dans les 120 jours civils suivant le dépôt du présent rapport auprès du président de l'Assemblée législative, sauf dans le cas des recommandations 1 et 6, où le délai est différent.

Le président du Comité permanent des comptes publics a écrit à des représentants de l'Ordre des médecins et des chirurgiens de l'Ontario et de l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario afin de leur demander de présenter, une fois qu'ils auront examiné notre rapport, leur position au sujet des recommandations du Comité qui touchent leurs membres.

